Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada. Toluca, Estado de México. 7223898475
RFC: ATI120618V12

Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.
http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/
Año: X Número: 3. Artículo no.:62 Período: 1ro de mayo al 31 de agosto del 2023

TÍTULO: Machismo y autocuidado en hombres adultos con diabetes mellitus tipo 2.

AUTORES:

1. Máster. Hugo Castañeda Mejorada.

2. Dra. Patricia Enedina Miranda Felix.

3. Máster. Felix Gerardo Buichia Sombra.

4. Máster. Liliana Estefanía Ramírez Jaime.

RESUMEN: El objetivo fue describir las actividades de autocuidado y machismo en hombres con diabetes tipo 2 (DMT2). Es un estudio descriptivo transversal, el muestreo fue por conveniencia y la muestra se constituyó de 204 hombres con DMT2. Para medir las variables de interés, se utilizó una cédula de datos sociodemográficos, inventario de conformidad de las normas masculinas y el instrumento de actividades de autocuidado. En machismo y las actividades de autocuidado, los participantes presentaron nivel de machismo moderado y alto, la mayoría de ellos no realiza actividades de autocuidado (alimentación, actividad física, cuidado de los pies y monitorización de la glucosa) lo que podría aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones que los incapaciten y resten años de vida saludable.

PALABRAS CLAVES: Diabetes Mellitus Tipo 2, Identidad de Género, Masculino, adultos, autocuidado.

TITLE: Maleness and self-care in adult men with type 2 diabetes mellitus.

AUTHORS:

1. Master. Hugo Castañeda Mejorada.

2. PhD. Patricia Enedina Miranda Felix.

3. Master. Felix Gerardo Buichia Sombra.

4. Master. Liliana Estefanía Ramírez Jaime.

ABSTRACT: The objective was to describe the self-care activities and machismo in men with type 2 diabetes (DMT2). It is a descriptive cross-sectional study; the sampling was for convenience and the sample consisted of 204 men with DMT2. To measure the variables of interest, a sociodemographic data card, an inventory of compliance with masculine norms, and the instrument of self-care activities were used. In machismo and self-care activities, the participants presented a moderate and high level of machismo, most of them do not perform self-care activities (food, physical activity, foot care and glucose monitoring) which could increase the risk of develop complications that incapacitate them and reduce years of healthy life.

KEY WORDS: diabetes mellitus type 2, gender identity, male, adults, self-care.

INTRODUCCIÓN.

La Diabetes Mellitus ha sido considerada la emergencia mundial de salud del siglo XXI; esto debido a su elevada prevalencia, incidencia, posibles complicaciones y altas tasas de mortalidad. El fenómeno de la Diabetes Mellitus es complejo, y en su aparición y curso intervienen un conjunto de factores como el envejecimiento, aspectos socioculturales y ambientales, entre ellos el estilo de vida, dietas mal sanas y actividad física insuficiente (Asociación Americana de Diabetes [ADA], 2018).

A nivel mundial, se estima que existen 537 millones de personas con Diabetes Mellitus y las proyecciones apuntan a que esta prevalencia aumentará para los próximos años sobre todo en hombres de 40 a 59 años (Federación Internacional de Diabetes [IDF], 2021).

En México, el 10.3% de la población tiene Diabetes Mellitus, de los cuales el 87% siguen algún tratamiento farmacológico, siendo los hipoglucemiantes orales los más frecuentes (67.1%) y 68.2% de los diagnosticados presentó descontrol glucémico (Basto-Abreu et al., 2022); es decir, cifras superiores a los puntos de corte para disminuir las complicaciones micro y macrovasculares (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT], 2018).

En el estado de Sinaloa, la prevalencia de diabetes ha incrementado en las últimas décadas tanto en hombres como en mujeres (11.2% y 10.4% respectivamente), y cabe resaltar, que se han reportado 273 mil 254 personas que se encuentran diagnosticadas con diabetes, siendo Ahome el municipio con el número mayor de casos respecto al resto de los municipios del estado de Sinaloa (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2013-2018).

De la clasificación de la Diabetes Mellitus, La Diabetes Mellitus 2 (DMT2) es la de mayor prevalencia, esta es una enfermedad crónica compleja, en la cual la resistencia a la insulina y la alteración de la secreción de insulina siguen siendo los defectos centrales de la DMT2, pero al menos otras seis anomalías fisiopatológicas contribuyen a la desregulación del metabolismo de la glucosa (DeFronzo et al., 2015).

En el curso de la DMT2, la persona requiere de un estricto apego al tratamiento farmacológico: hipoglucemiantes orales e insulina exógena, y no farmacológico: dieta equilibrada y actividad física suficiente para su control. El incumplimiento del tratamiento puede generar episodios de hipo e hiperglicemia, y como consecuencia, complicaciones micro y macrovasculares, entre ellas; infarto al miocardio, enfermedades cardiovasculares, amputación de miembros inferiores, retinopatía e insuficiencia renal crónica.

En estudio previos se ha evidenciado que los hombres mayores de 40 años y con 10 o más años de diagnóstico tiene el riesgo de presentar dichas complicaciones con mayor frecuencia, las cuales se asocian a una baja adherencia al tratamiento (IDF, 2017; Ibarra et al., 2012; OMS, 2016).

Para disminuir o retrasar el riesgo de complicaciones, la persona con DMT2 requiere de prácticas de autocuidado que ayuden a mantener niveles de glucosa adecuados a través de un conjunto de acciones intencionadas que realiza para controlar la enfermedad, promoviendo comportamientos positivos de salud como tener una dieta saludable, realizar ejercicio frecuentemente, buena adherencia al tratamiento, y utilizar los servicios de salud periódicamente (ADA, 2018; Orem, 2001).

En este sentido, existen factores sociales como la condición de género que determina los comportamientos para el autocuidado de la salud; estudios encontrados reportan que los hombres diagnosticados con DMT2 afrontan la enfermedad con mayor desánimo que las mujeres (Kautzky, Harreiter & Pacini, 2016; How et al., 2012). Esto pudiera ser atribuido a la postura que representa el hombre en la sociedad, en México la condición de "macho" representa la parte dominante y fuerte, no expresa emociones, debido a que consideran que los hace ver como un ser débil, a menudo creen que la violencia es parte de esta condición, esto los limita a aceptar ayuda o asistir a servicios de atención médica por no mostrarse vulnerable (Mendoza et al., 2018).

A este conjunto de conductas, actitudes y valores, se le conoce como "machismo" (Tannenbaum & Frank,2011); cabe resaltar, que los hombres en Sinaloa y México siguen un patrón de conducta machista; este comportamiento en el hombre con DMT2 pudiera limitar el autocuidado y el control de la enfermedad, debido a que acude con menor frecuencia a instituciones de salud para control de la DMT2, se perciben como fuertes y capaces de soportar dolor, evitan tomar medicamentos y demuestran estar saludables, niegan con mayor frecuencia y tiempo no sufrir de diabetes que se pudiera relacionar a las creencias y conductas propias del género, que le da sentido de debilidad (McCloskey y Flenniken, 2010; Mendoza, Gallegos & Figueroa, 2017; Rustveld et al., 2009).

En estudio previos, se ha evidenciado que el hombre machista tiende a no realizar actividades de autocuidado para su enfermedad, no monitorea su glucosa en sangre, no realiza tipo de ejercicio y no tiene apego al tratamiento. El "machista" solo busca atención médica cuando su hombría se encuentra

amenazada o afectada, asimismo los hombres traducen su enfermedad como un fracaso en sus vidas, ya que socialmente son los proveedores del hogar, para lo cual representa cumplir con sus obligaciones como hombre dentro de sus familias, comunidad y en el trabajo, niegan frecuentemente su enfermedad a la sociedad y en ocasiones a la familia y amigos; esto se relaciona con el machismo, lo que implica que tener una enfermedad significa debilidad (Cruz et al., 2014; Mendoza, Gallegos y Gutiérrez, 2018; Mathew et al., 2012; Mccloskey y Flenniken, 2010; Sobralskea, 2006).

Por lo anterior, surge la necesidad de realizar un estudio cuyo objetivo es describir el machismo y las prácticas de autocuidado en el adulto con DMT2, que acuden a una unidad de primer nivel de atención del municipio de Ahome, México.

DESARROLLO.

Metodología.

El presente estudio siguió un diseño descriptivo con corte transversal. Dicho diseño es adecuado para describir las variables del estudio en una situación dada y transversal, porque los datos se recolectaron en un solo momento (Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, 2018). La población estuvo conformada por hombres diagnosticados con DMT2. El muestreo fue por conveniencia, y el tamaño de la muestra se calculó a través del paquete estadístico Netquest, donde el universo fue de 1572 hombres, una heterogeneidad del 60%, un margen de error de 5 y con un nivel de confianza del 90%, resultando una muestra de 204 hombres.

Se excluyeron a todo hombre que no cumple con las normas masculinas o que expresen no ser heterosexuales y se eliminaron los cuestionarios que no sean contestados en su totalidad. Antes de la aplicación de los instrumentos, se recolectaron datos sociodemográficos mediante una cédula que incluía ficha de identificación, integrada por folio, edad, escolaridad, años de diagnóstico, estado civil y ocupación.

El autocuidado se midió a través del instrumento Actividades de autocuidado (Toobert, Hampson & Glasgow, 2000), el cual consta de 10 reactivos distribuidos en cinco dimensiones: dieta, ejercicio, automonitoreo y revisión de pies.

En la evaluación, los reactivos 1-10, la persona responderá el número de días que siguió en los pasados siete días cada actividad de autocuidado, el valor crudo de la sumatoria de puntuaciones oscila entre 0 a 70 puntos (para el ítem 4 los valores se invierten), los valores más altos indican mayores actividades de autocuidado.

El machismo se midió a través del Inventario de conformidad de normas masculinas (Mahalik et al., 2003), el cual contiene 22 reactivos en 11 sub-escalas: ganar, control de emociones, conductas de riesgos, violencia, poder sobre la mujer, mujeriego, dominio, autoeficacia, primacía del trabajo, desprecio a la homosexualidad y búsqueda del status social. El patrón de respuesta es de tipo Likert de 4 puntos (0-totalmente desacuerdo a 3-totalmente de acuerdo) los reactivos 3, 6, 9, 10, 12, 14, 15, 17 y 20 se recodifican. La sumatoria del puntaje crudo de todos los ítems es de 0 a 66, las puntuaciones más altas representan mayor machismo. Los Alfas de Cronbach reportados en otras investigaciones se encuentran entre 0.90 a 0.94.

Para la recolección de datos, se solicitó la autorización del comité de ética en investigación de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. Una vez que se autorizó el estudio, se acudió a las instituciones de salud para solicitar la aplicación de instrumentos en las instalaciones, en donde se inició con la aplicación de instrumentos, y se abordaron a los hombres mayores de 18 años con DMT2 en el área de consulta o sala de espera.

Seguido, se abordaron a los participantes antes de su consulta en sus respectivas instituciones de salud de lunes a viernes, y al abordar a las personas se preguntará la edad y si han sido diagnosticados con DMT2, se leyó el consentimiento informado, se les explicó el objetivo de la investigación y el procedimiento a seguir; en las instituciones de salud, se aplicaron los instrumentos en el orden

siguiente: (1) cédula de datos personales, (2) cuestionario de resumen de actividades de autocuidado y (3) cuestionario inventario de conformidad de las normas masculinas.

Durante la entrevista, se leyeron las preguntas de los cuestionarios de manera pausada y clara para su entendimiento y se registraron las respuestas de los participantes; al finalizar la entrevista, los cuestionarios fueron revisados por el responsable del estudio para verificar que estuvieran completos y se agradeció al participante por su colaboración.

El estudio se apegó a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987), el cual establece los lineamientos a considerar en la investigación científica relacionada con la salud de los seres humanos. Por otra parte, para el análisis de datos se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 27. Para dar respuesta a los objetivos del estudio se utilizó estadística descriptiva.

Resultados.

En el presente estudio participaron 204 hombres con DMT2, la media de edad de los hombres fue de 55.4 (*DE*=11.13) años y 4.7 (*DE*= 3.38) años de diagnóstico de DMT2. En cuanto a la escolaridad, se encontró que el 33.8% cursaron la preparatoria seguido de secundaria con 32.8%. En lo que corresponde a la ocupación, se identificó que el 43% es obrero y el 18.6% no trabaja. A los participantes se les preguntó sobre su estado civil, encontrando que el 95.6% vive con pareja (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los hombres con DMT2.

Escolaridad	*f*	*%*
Alfabeta	1	.5
Primaria	42	20.6
Secundaria	67	32.8
Preparatoria	69	33.8
Licenciatura	25	12.3
Total	204	100
Ocupación		

Obrero	88	43.1
Empleado	48	23.5
Profesionista	17	8.3
Comerciante	13	6.4
No trabaja	38	18.6
Total	204	100
Estado civil		
Casado	195	95.6
Soltero	9	4.4
Total	204	100

Nota*: n*=204, Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta al machismo por edad, se encontró que el grupo de hombres que tienen entre 51 y 60 años tienen machismo alto (17.1%), el mayor porcentaje respecto al resto de grupos de edad.

En machismo por ocupación se encontró, que los hombres que desarrollan las actividades de obrero y empleado hay 30.4% y 12.7% presentaron puntajes de machismo alto. Se observa que el menor porcentaje en cualquiera de los niveles de machismo (moderado y alto), los hombres profesionistas y comerciantes representan las frecuencias menores de la tabla. En cuanto al machismo por escolaridad, se encontró que el 21.5% de los hombres, que tenían estudios de secundaria, presentaron un nivel de machismo alto (ver tabla 2).

Tabla 2**.** Nivel de machismo según características sociodemográficas.

		Machismo			
		Machismo moderado		**Machismo alto**	
		f	***%***	***f***	***%***
Edad	de 33-40	10	12.7%	13	10,4%
	de 41-50	18	22.8%	33	26,4%
	de 51-60	21	22.8%	35	28,0%
	de 61-70	21	26.6	34	27,2%
	de 71-78	9	11.4	10	8,0%

Escolaridad	Primaria	18	22.8%	24	19.2%
	Secundaria	23	29.1%	44	35.2%
	Preparatoria	31	39.2%	38	30.4%
	Licenciatura	7	8.9%	18	14.4%
Ocupación	Obrero	26	32.9%	62	49.6%
	Empleado	22	27.8%	26	20.8%
	Profesionista	6	7.6%	11	8.8%
	No trabaja	19	24.1%	19	15.2%
	Comerciante	6	7.6%	7	5.6%
Estado civil	Casado	72	91.1%	123	98.4%
	Soltero	7	8.9%	2	1.6%

Nota: n = 204, Puntajes de machismo menor a 0 puntos= no machismo; de 1 a 16 puntos= machismo leve; de 17 a 33puntos= machismo moderado; de 34 a 60 puntos= machismo alto; mayor de 61 puntos= machismo muy alto. Fuente: elaboración propia.

En lo que respecta al autocuidado, en la tabla 3 se puede observar, que un 89.2% no cuenta con una buena alimentación, un 76% no realiza ejercicio, el 100% no monitorea su glucosa en sangre, y un 79.4% no se cuida los pies.

Tabla 3. Frecuencias y porcentajes de actividades de autocuidado.

	Actividades de autocuidado							
	Alimentación		**Ejercicio**		**Monitoreo de glucosa**		**Cuidado de pies**	
	f	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*	*f*	*%*
Negativa	182	89.2	155	76	204	100	162	79.4
Positiva	22	10.8	49	24	0	0	42	20.6
Total	204	100	204	100	204	100	204	100

Nota: alimentación positiva= reactivos 1y 3 el puntaje sea ≥5 y el reactivo 4 el puntaje sea ≥4; ejercicio positivo=reactivos 5 y 6 el puntaje sea ≥5; monitoreo de glucosa positivo= reactivos 7 y 8 el puntaje sea ≥7; cuidado del pie positivo= reactivos 9 y 10 el puntaje sea ≥3 puntos. *n*= 204. Fuente: elaboración propia.

La tabla 4 muestra el nivel de machismo, en el cual se identificó que todos los participantes presentan algún nivel de machismo, encontrando que el 61.3% de los pacientes presentan machismos alto, mientras que el 38.7% se encuentra en machismo moderado.

Tabla 4. Frecuencias y porcentajes de machismo.

Machismo	*f*	*%*
Machismo moderado	79	38.7
Machismo alto	125	61.3
Total	204	100

Nota: menor a 0 puntos= no machismo; de 1 a 16 puntos= machismo leve; de 17 a 33puntos= machismo moderado; de 34 a 60 puntos= machismo alto; mayor de 61 puntos= machismo muy alto. n= 204. Fuente: elaboración propia.

Finalmente, para dar respuesta al objetivo del estudio, se presenta la tabla 5, y en esta se puede identificar, que los hombres que no realizan autocuidado en alimentación, ejercicio, monitoreo de la glucosa y pies tiene niveles de machismo alto.

Tabla 5. Frecuencias y porcentajes de autocuidado y machismo.

		Machismo moderado		**Machismo alto**	
		f	*%*	*f*	*%*
Autocuidado: alimentación	Negativa	64	81.0%	118	94.4%
	positiva	15	19.0%	7	5.6%
Autocuidado: ejercicio	Negativo	57	72.2%	98	78.4%
	positivo	22	27.8%	27	21.6%
Autocuidado: Monitoreo de glucosa	negativo	79	100.0%	125	100.0%
	Positivo	0	0.0%	0	0.0%
Autocuidado: pies	Negativo	63	79.7%	99	79.2%
	Positivo	16	20.3%	26	20.8%

Nota: menor a 0 puntos= no machismo; de 1 a 16 puntos= machismo leve; de 17 a 33puntos= machismo moderado; de 34 a 60 puntos= machismo alto; mayor de 61 puntos= machismo muy alto. *n* = 204, Fuente: elaboración propia.

Discusión.

El presente estudio se realizó con el objetivo de describir el machismo y autocuidado en hombres con DMT2. Los hallazgos sugieren un nivel de machismo moderado y alto. En actividades de autocuidado se encontró que los hombres no realizan actividades de monitorización de la glucosa, alimentación, ejercicio y cuidado de los pies, y lo anterior los expone a un riesgo alto de desarrollar complicaciones que podría desencadenar discapacidad y dependencia.

De acuerdo con Kautzky-Willer, Harreiter & Pacini (2016), el fuerte aumento de la DMT2 y las complicaciones asociadas van de la mano con la creciente evidencia de diferencias de sexo y género clínicamente importantes. Las diversidades en biología, cultura, estilo de vida, medio ambiente y estatus socioeconómico impactan las diferencias entre hombres y mujeres en predisposición, desarrollo y presentación clínica. Los efectos genéticos y los mecanismos epigenéticos, los factores nutricionales y el sedentarismo afectan el riesgo y las complicaciones de manera diferente en ambos sexos. Los factores endocrinos y de comportamiento están involucrados con el género y su rol en los diversos grupos sociales, los cuales afectan el control de la enfermedad.

La construcción social de los roles de género "machismo" aumenta las complicaciones vasculares de la DMT2; lo anterior se podría explicar a partir de las conductas de autocuidado no suficientes que adoptan los hombres en su contexto para controlar la enfermedad. Se ha evidenciado, que en general, los hombres parecen tener un mayor riesgo de complicaciones microvasculares diabéticas (Maric-Bilkan, 2017).

En este sentido, Mendoza-Catalán y colaboradores (2017), en su estudio sobre barreras socioculturales para el autocuidado en hombres con DMT2 encontraron, que las características del machismo en hombres con DMT2 se visualizan de diversas formas, las cuales podrían limitarlos a cuidarse a sí mismos y tener control sobre su enfermedad; el hombre acude con menor frecuencia a las instituciones de salud para el control de su enfermedad y con frecuencia no siguen las recomendaciones del personal

de salud. Se perciben como fuertes y capaces de soportar el dolor, evitan tomar los medicamentos y demostrar estar saludables con la finalidad de no contradecirse con su percepción de masculinidad; lo anterior incluso en horas de trabajo, además niegan con mayor frecuencia y tiempo no sufrir de diabetes, lo cual es atribuido a las creencias y conductas del machismo, en el cual estar enfermo da sentido de debilidad.

En lo que respecta a las limitaciones del estudio, se puede reconocer, que el método del muestreo tiene como limitante no poder hacer generalizaciones sobre los datos obtenidos, al haber seleccionado a sus participantes en función de la accesibilidad y posibilidades de participación (conveniencia). Además, en el estudio no se incluyeron las pruebas bioquímicas que permitan medir el control glucémico de los hombres, por lo cual, para futuros estudios se sugiere realizarlas.

CONCLUSIONES.

Los resultados sugieren la necesidad de desarrollar programas de salud con estrategias que consideren variables culturales como el machismo, fenómeno que aumenta la resistencia para desarrollar actividades de autocuidado, lo cual vulnera a los hombres con DMT2 frente a los desafíos para controlar la enfermedad.

En ese sentido, los profesionales de enfermería que laboran en instituciones de salud de primer nivel de atención podrían considerar los resultados de este estudio para incluir en sus programas de educación para la salud en diabetes contenidos contextualizados para hombres con algún nivel de machismo, lo cual permitirá disminuir las brechas entre este fenómeno y el cuidado de la salud de los hombres con DMT2. Los hombres con DMT2 se clasificaron en nivel de machismo moderado y alto, y en su mayoría no realizan actividades de autocuidado: alimentación, ejercicio, monitoreo de glucosa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. American Diabetes Association. (2018). Standards of medical care in diabetes-2018, *Diabetes Care*, 41(1). doi.org/10.2337/dc18-SPPC01
2. Basto-Abreu, A., Barrientos-Gutiérrez, T., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., López-Olmedo, N., Cruz-Góngora, V. D. L., ... & Villalpando, S. (2022). Prevalencia de diabetes y descontrol glucémico en México: resultados de la ENSANUT 2016. *Salud Pública de México, 62*, 50-59.
3. Cruz-Bello, P., Vizcarra-Bordi, I., Kaufer-Horwitz, M., Benítez-Arciniega, A. D., Misra, R., & Valdés-Ramos, R. (2014). Género y autocuidado de la diabetes mellitus tipo 2 en el Estado de México. *Papeles de población, 20*(80), 119-144.
4. DeFronzo, R. A., Ferrannini, E., Groop, L., Henry, R. R., Herman, W. H., Holst, J. J., Hu, F. B., Kahn, C. R., Raz, I., Shulman, G. I., Simonson, D. C., Testa, M. A., & Weiss, R. (2015). Type 2 diabetes mellitus. *Nature reviews. Disease primers, 1*, 15019. https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.19
5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018). Últimas cifras de diabetes en México. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/index.php
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2016). Informe Final de Resultados. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf
7. Hernández-Sampieri & Mendoza-Torres, C. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw Hill México.
8. How, C.B., Ai-Theng, C., Ahmad, Z., Ismail, M. (2012). Men suffer more complications from diabetes than women despite similar glycaemic control and a better cardiovascular risk profile: the ADCM study 2008. *J MensHealth.9*(3), :190-7.

9. Ibarra, C. T., Rocha, J. J., Hernández, R. O., Nieves, R. E., & Leyva, R. J. (2012). Prevalence of peripheral neuropathy among primary care type 2 diabetic patients. *Revista médica de Chile, 140*(9), 1126-1131.

10. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]., (2013-2018). Programa nacional de estadística y geografía. Recuperado de: http://www.snieg.mx/contenidos/espanol/programas/PNEG%202013-2018.pdf

11. International Diabetes Federation. (2017). Atlas de Diabetes de la IDF.Recuperado de https://www.idf.org/e-library/welcome.html

12. Kautzky-Willer, A., Harreiter, J., & Pacini, G. (2016). Sex and Gender Differences in Risk, Pathophysiology and Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Endocrine reviews, 37*(3), 278–316. https://doi.org/10.1210/er.2015-1137

13. Mahalik, J. R., Locke, B. D., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., & Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity, 4*(1), 3–25. https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3

14. Maric-Bilkan C. (2017). Sex differences in micro- and macro-vascular complications of diabetes mellitus. *Clinical science (London, England:1979),* 131(9), 833–846. https://doi.org/10.1042/CS20160998

15. Mathew, R., Gucciardi, E., De Melo, M. & Barata, P. (2012). Self-managementexperiencesamongmen and womenwithtype 2 diabetes mellitus: a qualitativeanalysis. *BMC Family Practice, 13*, 122-133.

16. McCloskey, J., Flenniken D.O. (2010). Overcoming cultural barriers to diabetes control: a qualitative study of southwestern New Mexico Hispanics. *Journal Cultural Diversity, 17*(3), 110-5. PMID: 20860336

17. Mendoza-Catalán, G., Gallegos-Cabriales, E., & Gutiérrez-Valverde, J. (2018). Autocuidado del hombre con diabetes mellitus tipo 2: impacto del machismo. *Enfermería Global, 17*(3), 1-25.

18. Mendoza-Catalán, G., Gallegos-Cabriales, E. C., & Figueroa-Perea, J. G. (2017). Autopsia verbal en hombres adultos con diabetes tipo 2: estudio cualitativo. *Revista Cuidarte, 8*(3), 1786-1798.

19. Mendoza-Catalán, G., Figueroa-Perea, J. G., Gallegos-Cabriales, E. C., Salazar-González, B. C., Onofre-Rodríguez, D. J., & Juárez-Medina, L. L. (2021). Relación del machismo con la aceptación de la diabetes mellitus tipo 2 en hombres adultos. *Enfermería Universitaria, 18*(3), 285-295.

20. Mendoza-Catalán, G., Juárez-Medina, L., Pimentel-Jaimes, J. A., Higuera-Sainz, J.L. & Gutiérrez-Valverde. (2017). Barreras socioculturales en el manejo de la diabetes en hombres de origen mexicano: revisión sistemática. *Nure Investigación, 14*(91), 1-10.

21. Moral, J., y Ramos, S. (2016). Machismo, Victimización y Perpetración en Mujeres y Hombres Mexicanos. *Estudios Sobre las Culturas Contemporáneas*. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/316/31646035003.pdf

22. Orem D. E. (2001). Enfermería: conceptos de la práctica. Ed., 6ta. Mosby, editor. St. Louis, MO.

23. Organización Mundial de Salud. (2016). Informe Mundial Sobre la Diabetes. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254649/9789243565255-spa.pdf?sequence=1

24. Rustveld, L.O., Pavlik, V.N., Jibaja-Weiss, M.L., Kline, K.N., Gossey, J.T. &Volk, R.J. (2009). Adherence to diabetes self-care behaviors in English-and Spanish-speaking Hispanic men. PatientPreferAdherence, 3, 123–130.

25. Seawell, A., Hurt, T., & Shirley, M. (2016). La Influencia del Estrés, Género y Cultura en la Diabetes Tipo 2 y Gestión de los Hombres Negros: Un Análisis Cualitativo. *Revista Panamericana de Salud,*(10), p. 149-156.

26. Secretaría de Salud. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación. http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/reglamentos/4447_RLGSMIS.pdf

27. Sobralskea, M. (2006). Health Care Seeking among Mexican American Men. *Journal of Transcultural Nursing, 17*(2), 129-138.

28. Tannenbaum, C. &Frank, B. (2011). Masculinity and health in late life men. *American journal of men'shealth, 5*(3), 243-54.

29. Toobert, D. J., Hampson, S. E., & Glasgow, R. E. (2000). The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. *Diabetes care, 23*(7), 943–950. https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.943

30. Uresti-Maldonado, K. C., Orozco-Ramírez, L. A., Ybarra-Sagarduy, J. L., & Espinosa-Muñoz, M. (2017). Percepción del machismo, rasgos de expresividad y estrategias de afrontamiento al estrés en hombres adultos del noreste de México. *Acta universitaria, 27*(4), 59-68.

DATOS DE LOSAUTORES.

1. Hugo Castañeda Mejorada. Maestro en Ciencias en Enfermería, Universidad Autónoma de Sinaloa. Profesor e Investigador de Tiempo Completo de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud en el Departamento de Ciencias de la Salud, Licenciatura en Enfermería en la Universidad de Sonora Campus Cajeme. México. Correo electrónico: hcastanedamejorada@gmail.com

2. Patricia Enedina Miranda Felix. Doctora en Ciencias en Enfermería, Profesora Investigadora de Tiempo Completo de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. México. Correo electrónico: patriciamiranda@uas.edu.mx

3. Felix Gerardo Buichia Sombra. Doctorante en Estudios Sociales, Universidad Autónoma Indígena de México. Profesor e Investigador de Tiempo Completo y Coordinador de Investigación y Posgrado

de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. México. Correo electrónico: buichiasombraf@uas.edu.mx

4. Liliana Estefanía Ramírez Jaime Doctorante en Educación, Instituto de Estudios Superiores de Educación por Competencias. Profesora adjunta al departamento de coordinación de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería Mochis, Universidad Autónoma de Sinaloa. México. Correo electrónico: liliana.ramirez@uas.edu.mx

RECIBIDO: 4 de enero del 2023. **APROBADO:** 1 de febrero del 2023.